FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 143

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Février 1906, à 1 heure

PAR

René ROUBAUD

Ancien Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FILAIRE DE MÉDINE

Président : M. TERRIER, *professeur*

Juges { MM. PINARD, *professeur*
WALLICH, *agrégé*
GOSSET, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUBAUD

A MON ONCLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POIRIER

Doyen de la Faculté des Sciences de Clermont-Ferrand

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TERRIER

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de la Pitié
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant le cours de notre dernière année d'externat, dans le service de M. le Dr Guillemain, chirurgien des hôpitaux, nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre, à ses côtés, pendant près de trois mois, un malade qui a présenté cinq cas de filaire de Médine successivement, et suivant des types cliniques différents.

Nous avons cru intéressant de choisir cette affection parasitaire pour sujet de notre thèse, à cause de sa rareté à Paris, car plusieurs médecins de l'hôpital Saint-Louis, qui venaient voir notre malade, ne l'avaient jamais rencontrée ; et, en outre, à cause de la difficulté du traitement. Plusieurs procédés d'extraction rapide, vantés ces temps derniers, furent employés, dont nous avons pu constater les effets et discuter la valeur.

Nous nous proposons, dans cette étude, de faire une simple mise au point de la question, de tracer l'exposé des idées actuelles sur l'évolution biologique de la filaire de Médine, puis d'insister particulièrement sur le traitement de cette affection exotique, en nous basant sur les données de notre observation et sur les résultats thérapeutiques obtenus.

Mais au début de ce modeste travail, nous voulons tout d'abord adresser à celui qui nous l'a inspiré, à M. le Dr Guillemain, l'expression de notre respectueuse reconnaissance, en souvenir de l'année trop courte pendant laquelle il nous a donné de si nombreux témoignages de sa bienveillante amitié.

Nous sommes heureux aussi de pouvoir profiter d'un usage établi et d'exprimer ici toute la gratitude que nous éprouvons envers ceux qui, par leur enseignement et leurs conseils, ont contribué à notre éducation médicale.

Nous avons passé toute une année dans le service de M. le professeur Gilbert, et nous n'oublierons jamais les remarquables leçons du maître au lit du malade.

M. le Dr Danlos, médecin de l'hôpital Saint-Louis, nous a initié à l'étude des affections cutanées.

Nous tenons à évoquer la mémoire du regretté professeur Tillaux, en nous rappelant la clarté de ses leçons de clinique chirurgicale, à la Charité.

Nous adressons un même hommage affectueux et reconnaissant à nos autres maîtres dans les hôpitaux :

A M. le Dr Montard-Martin, médecin de la Charité, qui nous a facilité les débuts des études hospitalières;

A M. le Dr Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, à qui nous devons toutes nos connaissances en pathologie infantile.

A M. le Dr Kirmisson, professeur de Clinique chirurgicale infantile.

A M. le Dr Auvard, médecin-accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

Enfin M. le professeur Terrier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous permette de lui adresser l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

La Filaire de Médine (encore appelée dragonneau, ver de Médine, ou par les Anglais ver de Guinée), est un parasite que l'on a rarement l'occasion de rencontrer en France. Il provoque une affection qui s'observe surtout aux pays chauds et qui par conséquent ressortit à la pathologie exotique. Or celle-ci augmente d'intérêt à notre époque, avec le développement sans cesse croissant des colonies.

La forme et les dimensions remarquables de ce parasite, sa localisation bizarre, son mode de transmission encore obscur, ont depuis longtemps attiré l'attention. Bien des hypothèses ont été faites, touchant la nature de la maladie et celle de l'agent qui la détermine. Aussi nous a-t-il semblé qu'un court aperçu historique de la question serait utile pour préciser l'évolution des idées sur ce sujet.

La Filaire de Médine était admise sans conteste par l'Antiquité. On en trouve des traces dans l'Ecriture, sous forme de ces « serpents de feu » qui se fixaient au corps des Hébreux pendant leur séjour aux bords de la Mer Rouge.

Le ver est mentionné ensuite d'une façon plus pré-

cise par Agatharchidès de Cnide, qui vivait 140 à 150 ans avant notre ère. « Et ceulx, dit Plutarque, qui furent malades à l'entour de la Mer Rouge, ainsi comme Agatharchidès escrit, eurent des accidens estranges, que personne n'avait jamais ne leus ne veus, et entre autres, qu'il leur sortoit de petits serpentaux qui leur mangeoient le gras des jambes et les souris des bras. Et quand on leur cuidait toucher, ils rentroient en dedans, et s'enveloppant parmy les muscles, engendroient des bosses et aposthumes qui laissaient des douleurs intolérables. »

Galien, qui s'en rapporte aux récits des voyageurs, dont les descriptions sont un peu poussées au merveilleux, se demande si la maladie n'est pas analogue aux varices. D'où le nom de « Vena Medinensis », de veine de Médine, qu'on lui donne pendant longtemps.

Ces indices historiques sont intéressants, d'autant plus qu'avec Ambroise Paré, au moyen âge, la filaire de Médine a été reléguée parmi les animaux fabuleux.

Au début du XIX^e^ siècle, le parasite était encore nié.

L'éloignement des régions où le ver se rencontre faisait mettre en doute sa réalité.

Mais, peu à peu, la pathologie exotique a été fondée sur des observations recueillies par des médecins, lesquels démontrèrent que le parasite existait. Et Maisonneuve, en 1844, fit voir à la Société de Chi-

rurgie, un spécimen extrait à Paris sur un sujet venant des pays chauds.

Depuis cette époque, les travaux ont été nombreux, et récemment les recherches d'un naturaliste russe Fedschenko, celles du professeur R. Blanchard, de Patrick Manson, ont fait connaître certains points intéressants de l'évolution de la filaire de Médine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Filaire de Médine

Avant l'étude de la partie clinique et thérapeutique, surtout intéressante pour le médecin, nous croyons utile de rappeler l'état actuel de nos connaissances zoologiques sur la filaire de Médine.

Pour ce sujet, nous avons mis à ample contribution le livre si documenté de M. le professeur Blanchard (*Zoologie médicale*, tome II) ; le cours de Pathologie exotique de M. le Dr agrégé Janselme, cours professé à l'Institut de médecine coloniale ; enfin nous nous sommes souvenu des leçons de M. le Dr Guiart, agrégé de la Faculté de médecine, dont la clarté et la précision ont été si précieuses pour nous.

La filaire de Médine est un nématode, dont la longueur moyenne est de 0 m. 60 à 0 m. 80. De plus grandes tailles ont été observées et décrites ; nous-même avons retiré une filaire mesurant 1 m. 20

environ, mais il faut bien tenir compte dans ces mensurations de la grande extensibilité du ver, surtout lorsqu'on a procédé par tractions et enroulement à l'extirpation du parasite.

La largeur est de 1 millimètre à 1 mm. 5.

Les descriptions classiques ne s'appliquent qu'à la filaire femelle, seule observée jusqu'à présent. Le mâle, en effet, n'a pas été décrit avec certitude. Cependant, d'après les observations de Charles, professeur d'Anatomie au Collège médical de Lahore, et de Neumann, puis du professeur R. Blanchard, il serait beaucoup plus petit que la femelle, vivrait à côté d'elle et, sa fonction accomplie, mourrait probablement et serait résorbé.

Le corps de la filaire adulte est d'une couleur blanche et présente deux lignes opposées plus transparentes ; c'est le résultat de la disposition même des fibres musculaires ordonnées en deux faisceaux épais, longitudinaux, que séparent deux couches musculaires plus minces. Le corps de la filaire est régulièrement cylindrique. L'extrémité caudale du nématode est brusquement recourbée, et forme une sorte de crochet émoussé, fonctionnant probablement comme un crampon. L'extrémité antérieure est arrondie, et se termine par ce qu'on appelle l'écusson céphalique. La bouche est triangulaire, très petite, et entourée de six papilles, deux grandes et quatre petites. Le tube digestif est relativement réduit, étant comprimé et rejeté sur le côté par l'utérus ; il

est probablement cœcal, car on n'a pu le suivre jusqu'à un anus.

La filaire de Médine est vivipare. Un énorme utérus, rempli d'embryons enroulés et nageant dans un liquide crémeux, s'étend d'un bout à l'autre de l'animal. Nous avons pu observer cette disposition anatomique sur les filaires que nous avons recueillies et que nous avons examinées avec le concours de notre frère, M. E. Roubaud, agrégé des sciences naturelles ; si bien que la meilleure description de la filaire de Médine adulte nous semble être celle d'un véritable sac allongé, rempli d'embryons agglomérés. Cette production exubérante d'embryons a atrophié les autres organes de la mère, réduisant celle-ci à ses enveloppes tégumentaires et à son utérus farci d'animaux jeunes.

Si maintenant nous étudions la structure anatomique de l'embryon renfermé dans le corps de la filaire, nous voyons que cet embryon a une longueur de 0 mm. 50 environ et une largeur de 20 à 25 millièmes de millimètre. L'extrémité antérieure du corps se termine par une surface plane dont le milieu est occupé par la bouche. Le corps, cylindrique, se rétrécit graduellement dès la deuxième moitié et se termine par une pointe très effilée. La queue occupe donc les deux cinquièmes de la longueur totale. La paroi du corps est formée par une cuticule très épaisse et striée en travers. Une couche musculaire mince s'étend jusque vers la moitié de la queue. La bouche est presque infundibuliforme. La cavité

du corps, très étroite, renferme un canal assez régulier qui est le tube digestif, composé d'un œsophage et d'un intestin qui s'ouvre par un anus à la racine de la queue.

Ces embryons sont doués d'une grande résistance. Ils peuvent vivre dans l'eau plusieurs jours et se conservent pendant des semaines dans la vase ou la terre humide. Ils possèdent une propriété assez remarquable qui consiste à résister à la dessiccation et à présenter un certain degré de reviviscence. On peut expérimentalement les abandonner sur une goutte d'eau qui se dessèche et les laisse sans mouvement, et les voir reprendre toute leur vivacité et leur énergie par addition d'eau, six à douze heures après la dessiccation.

Evolution. — C'est à Fedschenko, un naturaliste russe qui a fait à ce sujet de longues observations au Turkestan, que nous devons presque toutes nos connaissances actuelles sur l'évolution et sur les migrations de l'animal.

La filaire étant dépourvue de tout orifice de ponte, c'est par sa rupture que les embryons peuvent être mis en liberté. Ceux-ci, nous l'avons vu, peuvent vivre dans l'eau un certain temps ; cependant ils ne tardent pas à mourir, s'ils n'y rencontrent un petit crustacé, très abondant dans les eaux douces, le Cyclope, qui leur sert d'hôte intermédiaire. Ils se transforment alors en une larve très différente, inconnue jusqu'alors.

En effet, quelques heures après l'introduction

expérimentale d'embryons vivants, dans de l'eau renfermant des cyclopes, on trouve déjà la cavité générale de ces crustacés occupée par les parasites; ils se trouvent d'abord au-dessous de l'intestin, puis se portent au-dessus et séjournent dans la région dorsale. Ces vers ne pénètrent pas par la bouche, ou dans ce cas ils sont digérés ; en nageant, ils rencontrent les pattes du copépode et s'y fixent ; ils percent ensuite le tégument dans l'interstice des segments de l'abdomen, et arrivent par cette voie dans la cavité du corps.

Au bout de douze jours, l'embryon subit une mue et passe à l'état larvaire, son aspect est alors complètement modifié : La queue est courte, l'extrémité antérieure a deux papilles. La cuticule a perdu son annulation. Les trois portions du tube digestif se distinguent aisément.

Il y a un rudiment des glandes génitales. La taille augmente et atteint 1 millimètre de longueur.

La jeune filaire reste ainsi un certain temps à l'état larvaire, en attendant des conditions favorables à son développement ultérieur.

Ces recherches intéressantes de Fedschenko ont été confirmées par celles du professeur Blanchard et de Patrick-Manson. Elles ont été le point de départ d'une nouvelle théorie, concernant la voie d'introduction du parasite dans le corps de l'homme, théorie qu'il est utile de connaître au point de vue de l'hygiène prophylactique dans les pays endémiques.

Il nous faut voir en effet maintenant comment on peut expliquer la présence de la filaire de Médine dans le tissu cellulaire sous-cutané, quel chemin elle parcourt pour arriver à la peau et pourquoi elle se localise le plus fréquemment, comme nous le dirons plus loin, aux membres inférieurs.

Voies de pénétration du parasite.

Pendant longtemps, on a pensé que la Filaire de Médine pénétrait directement sous la peau, à la faveur de quelque érosion cutanée ou d'une effraction quelconque produite par l'animal lui-même. On supposait même qu'elle s'introduisait par les orifices sudoripares ou pilo-sébacés.

Mais la découverte de Fedschenko a fait naître une nouvelle hypothèse : celle de la pénétration intestinale de la filaire. Et beaucoup d'auteurs, à l'heure actuelle, admettent que les embryons du parasite se boivent avec les crustacés microscopiques qui sont leurs hôtes. Les jeunes filaires, mises en liberté, iraient à travers la paroi de l'intestin et les différents tissus se cantonner sous la peau et principalement aux chevilles.

Cette hypothèse pourtant ne satisfait pas complètement l'esprit. Elle suppose une migration ultérieure des larves qui n'est pas démontrée. Comment expliquer, en outre, la localisation exclusive à la peau, le siège toujours sous-tégumentaire ou peu

profond de la filaire ? « Si du tube digestif la larve devait faire sa migration vers la peau, comment ne se développerait-elle jamais dans les viscères abdominaux, dans les organes splanchniques, dans les masses musculaires profondes ? Pourquoi et comment l'embryon va-t-il se fixer presque toujours aux pieds, ou tout au moins aux membres inférieurs ? Si c'est en cheminant à travers les tissus, c'est un voyage énorme, le long du mésentère, du psoas, des muscles de la cuisse, de la jambe. Un tel trajet est inadmissible, surtout avec cette régularité et cette constance. Si le transport se fait par voie sanguine, comme celui de l'échinocoque, c'est le foie qui serait le premier atteint, et s'il était par hasard franchi, l'embryon irait, roulé par le sang, s'arrêter n'importe où, aussi bien dans la tête, les muscles ou les viscères, qu'aux extrémités inférieures. » (1). L'envahissement par la surface cutanée est au contraire plus rationnel à admettre, plus facile à démontrer cliniquement. C'est en traversant des marécages, des cours d'eau que l'homme s'infeste, l'embryon de filaire pénètre par une excoriation du tégument. Tel le cas de notre malade qui dans son séjour au Dahomey, a eu des piqûres et des plaies produites par des chiques, plaies par lesquelles des parasites tels que des embryons de filaires ont pu s'introduire. Ce malade avouait, du reste, n'avoir jamais

---

1. J.-L. Faure. *Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet*, t. I.

bu d'eau, sinon filtrée et stérilisée au permanganate de potasse.

Parmi les arguments donnés en faveur de la théorie de la pénétration cutanée, M. le Dr Guiart nous citait le cas de ces ouvriers d'une manufacture, à Madras, qui étaient obligés de traverser à gué un ruisseau pour aller à leur travail, et qui étaient en grand nombre atteints de filaire de Médine; or on construisit un pont et le gué fut délaissé, la maladie diminua par suite considérablement.

Un autre fait encore cité, et que des médecins militaires nous ont rapporté à nous-même, est celui des porteurs d'eau qui sont affligés de filaires à la région lombaire, dans les points en contact avec les outres pleines d'eau. Comment encore expliquer la fréquence de cette affection chez les soldats Sénégalais indigènes qui vont le plus souvent pieds nus, alors que les tirailleurs Français, toujours chaussés, en sont si rarement atteints? Ces deux catégories d'individus boivent pourtant l'eau de la même citerne (1).

Sans rejeter donc absolument l'introduction par le tube digestif, la pénétration par la peau nous semble le mode le plus fréquent de l'invasion de la filaire chez l'homme.

Certains auteurs ont émis l'hypothèse que l'embryon de filaire ne subissait pas son entier développement dans le cyclope et que son évolution n'était

---

1. Fahmy-Ahmed. Thèse de Paris, 1885.

complète qu'après son passage dans un autre hôte intermédiaire, comme le fait existe pour Distomum hepaticum.

D'autres même ont pensé plus récemment que la dracunculose serait une maladie inoculée par les moustiques, au même titre que la filariose du sang.

Comme nous venons de le voir, l'évolution du parasite n'est pas complètement élucidée et l'on ne peut faire, en somme, que des hypothèses sur la manière dont les jeunes filaires arrivent chez leur hôte définitif, et sur le trajet qu'elles suivent pour arriver à la peau.

Contagiosité de la filaire de Médine.

Que devons-nous penser de la contagiosité admise par certains auteurs ? S'agit-il d'une contagion directe, immédiate, d'homme à homme, comme pour la gale, comme pour les affections parasitaires cutanées ? Les notions zoologiques que nous avons admises nous empêchent d'accepter cette supposition : nous avons vu que les larves de filaires doivent subir une phase de développement en dehors du corps de l'homme, qu'elles doivent faire un stage obligé dans leurs milieux favorables : eau, sol humide et corps de cyclopes ; qu'elles devaient parcourir une période sous-tégumentaire de leur évolution.

Cette question se posera d'ailleurs à nouveau quand nous étudierons et discuterons les chances

d'auto-contagion possibles après la rupture, dans la plaie, d'une filaire femelle remplie d'embryons. Or, si l'on veut conserver cette idée de la contagiosité de la filaire, il faut la restreindre, la transformer : ce n'est plus que de la contagion médiate, très réduite ; soit un homme porteur d'une filaire, l'élimination de cette dernière se fait à un moment, il en résulte la mise en liberté des larves, par rupture du corps maternel ; ces embryons passent, dans leur milieu de développement extra humain, leur période intermédiaire d'évolution ; puis le retour à l'homme se fait lorsqu'un contact a mis en rapport une surface cutanée ou intestinale avec ces larves de filaire. Homme primitivement atteint ; milieu de développement transitoire ; homme atteint par contact ultérieur, voilà les trois termes obligés de la transmission contagieuse.

La contagion n'est donc que médiate et indirecte.

Période d'incubation.

Supposons que la filaire ait pénétré dans le corps humain, quel qu'ait été d'ailleurs son point d'invasion, quel temps faudra-t-il pour le développement de la larve ainsi introduite ? Après quelle période silencieuse manifestera-t-elle sa présence et provoquera-t-elle les phénomènes éliminateurs ?

Cette durée de l'incubation peut être déterminée, approximativement, d'après l'époque à laquelle le

parasite se montre chez des individus quittant des régions non infestées pour venir séjourner dans des pays contaminés. Elle s'apprécie plus sûrement lorsque la dracunculose se déclare chez des individus qui n'ont fait que traverser des pays où elle est endémique.

Les observations de nombreux auteurs démontrent que cette phase silencieuse peut être très longue. Elle est en moyenne de huit à douze mois. On cite des cas où elle fut beaucoup plus considérable.

Dans notre observation personnelle, notre malade qui avait quitté le Dahomey à la fin du mois de mars 1904, ne commença qu'à la fin du mois de novembre de la même année à ressentir les démangeaisons causées par une filaire. Il s'écoula donc une période d'incubation de huit mois, en supposant qu'il se soit contaminé le jour de son départ du Dahomey.

Nombre et Siège.

La filaire de Médine est ordinairement solitaire. Mais il est fréquent d'en rencontrer plusieurs. Nous possédons plusieurs observations de malades atteints simultanément ou successivement de 3, 4, ou 5 de ces parasites.

Certains auteurs citent des cas de 8, 10, 20 filaires sur le même individu. Cependant Fahmy-Ahmed, sur plus de 400 cas observés au Caire, dit n'avoir

jamais vu plus de 2 filaires sur le même individu.

Quels sont les points d'envahissement préférés du parasite ? Les membres inférieurs semblent être son siège de prédilection, la région péri-malléolaire est une localisation favorite. Les membres supérieurs sont plus rarement atteints. Viennent ensuite les parois du tronc, la tête. Le seul point où on ne l'ait pas observé est le cuir chevelu (1). Le ver peut donc se montrer sur toute la surface du corps, mais avec une fréquence inégale. Sur 100 observations de Stambolski, il se trouvait :

A la jambe et aux pieds . . .	71	fois
A la main et au bras	9	»
Aux organes génitaux	6	»
Au périnée, à la fesse, à la cuisse.	6	»
En différents points du corps. .	8	»

Nous devons ajouter que ce nématode n'est pas seulement un parasite de l'homme. Il s'attaque fréquemment au bœuf. On l'a vu chez le cheval, le chien, rarement il est vrai.

Distribution géographique.

La filaire de Médine s'observe sur toute la côte occidentale d'Afrique, au Soudan, en Abyssinie, dans la Haute-Égypte.

En Asie, elle est très répandue, non seulement à

1. Professeur Blanchard. *Zoologie médicale*, t. II.

Médine, mais encore dans toute l'Arabie, la Perse, le Turkestan. Elle existe en Amérique, où elle a été importée par les esclaves nègres ; aujourd'hui elle a disparu des Antilles, mais on la voit encore au nord du Brésil et dans les Guyanes, à Curaçao, à Surinam.

En Europe, quelques observations sont recueillies de temps en temps, mais toutes sur des sujets venant des pays précédents.

Symptomatologie.

Nous étudierons la symptomatologie de la filaire de Médine, en nous basant autant que possible sur l'observation de notre malade, lequel a présenté en effet cinq de ces parasites successivement, et sous les diverses formes cliniques qu'ils peuvent affecter.

L'individu atteint de filaire de Médine ne s'en aperçoit guère au début que par une démangeaison plus ou moins vive, une sensation de plénitude, de pesanteur, qui peut durer des semaines : c'est l'époque où le parasite n'est plus qu'une gaine à embryons, et où il fait effort pour sa sortie. La douleur est variable, mais elle est surtout accentuée dans les régions dépourvues de parties molles : doigts, régions périarticulaires. Quand un tissu cellulaire abondant double la peau, quand la filaire est surtout engagée dans les interstices cellulaires profonds, la douleur est gravative, contusive, il se fait un empâtement douloureux de la région.

Il faut, pour l'expulsion spontanée de la filaire, qu'une inflammation éliminatrice de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané lui ouvre une porte de sortie. Ces phénomènes inflammatoires peuvent varier et, suivant l'intensité de la réaction des tissus, il y a lieu, à notre avis, de décrire deux formes de dracunculose bien différentes par leur aspect clinique et par le traitement qu'elles nécessitent : une forme sans abcès et une forme avec abcès.

I. — *Forme sans abcès.* — Tantôt la démangeaison extrême, la douleur cuisante, le prurit incommode, forcent le malade à se gratter. L'enlèvement de l'épiderme est le premier stade de la perte de substance, puis une véritable plaie se forme, suppure, la peau environnante est enflammée, luisante. De petites eschares se forment et agrandissent la solution de continuité, au fond de laquelle se voit quelque chose de blanc, comme un nerf, et qui est la filaire, très superficiellement située dans ces cas, enroulant quelquefois sa spirale autour du membre atteint, et simulant une veine enflammée.

Tantôt, comme nous l'avons observé, et c'est le cas le plus fréquent, c'est une petite élevure rouge qui commence, puis se couronne à son sommet d'une petite vésicule, et se soulève en une tumeur acuminée. La base s'indure et s'œdématie, la couleur est violacée et ecchymotique à la pointe ; la peau érodée s'ulcère, s'ouvre à une légère sécrétion purulente, se perce en cratère, au fond duquel la filaire apparaît.

Quelle va être l'évolution clinique de la filaire ainsi arrivée à la peau ? Comment va-t-elle sortir et combien de temps va-t-elle mettre ?

Généralement, dès que le parasite s'est montré, le malade cherche lui-même à l'extraire ; et il y parvient si la filaire est de très minime taille. La petite ouverture cutanée se cicatrise ensuite très rapidement. Notre malade nous a apporté un jour une filaire de 20 centimètres qu'il avait tirée en une seule séance. Mais le plus souvent, les tractions aboutissent à la rupture du ver. La partie qui reste sous la peau se rétracte et ne reparaît qu'au bout de quelques jours ; en même temps, les douleurs deviennent très vives, le membre s'empâte, s'œdématie, parfois un abcès se forme. Cette complication assez remarquable, qui suit souvent la rupture, est due soit à une irritation des tissus par les embryons répandus dans la plaie, soit plutôt, d'après les recherches du professeur Blanchard, à l'action d'une leucomaïne, que renferme le liquide laiteux au sein duquel nagent les embryons. Au bout de plusieurs jours, souvent plusieurs semaines, comme dans notre observation, après de nombreuses tentatives d'extraction et des ruptures fréquentes, suivies parfois d'abcès, de lymphangite, d'adénite, on arrive à sortir complètement le parasite, et la plaie se ferme. En somme, durée plutôt longue, quel que soit du reste le mode de traitement employé, comme nous le verrons ultérieurement.

II. — *Forme avec abcès.* — Cette forme s'observe

généralement quand la filaire est située profondément. La peau est chaude et rouge, et soulevée par une tuméfaction consistante et limitée, la douleur est sourde et gravative, les parties sont lourdes et gênées ; puis la collection purulente formée soulève et détruit les aponévroses, pointe sous la peau, désorganise la trame dermique et les couches superficielles ; la cavité abcédée se vide, et montre au milieu de sa sécrétion purulente le corps blanchâtre de la filaire.

Cette deuxième forme d'évolution clinique est en apparence beaucoup plus grave que la première. Mais les abcès ont en général une marche assez rapide et, comme nous l'avons fait pour notre malade, on n'attend pas l'ouverture spontanée de la collection purulente ; une fois la peau incisée, l'abcès se vide, la filaire est extraite facilement ou ne tarde pas à sortir d'elle-même.

Le pus de ces collections est analogue à celui des phlegmons aigus, il en présente tous les caractères extérieurs. Nous en avions recueilli une pipette destinée à l'examen bactériologique et nous regrettons que la personne chargée de ce soin l'ait égarée, car il eût été intéressant de savoir si ces abcès par corps étrangers contiennent des microbes spéciaux ou les microbes ordinaires des suppurations.

La formation d'un phlegmon ne doit donc pas effrayer outre mesure. Et même, mise à part la question des symptômes psychiques éprouvés par le malade, nous ne serions pas éloigné de considérer

l'apparition d'un abcès comme un symptôme favorable : d'une part pour le malade, puisque souvent il guérira plus vite, et d'autre part pour le médecin, puisqu'elle lui dicte une ligne de conduite thérapeutique bien déterminée ; elle ne le condamne pas à l'impuissance pénible où il se trouve, en présence de ce ver fixé dans les tissus, qu'il voudrait extirper, et que la moindre traction intempestive peut rompre, mais dont il faut en somme se résigner à attendre le bon plaisir. C'est un peu la conclusion anticipée à laquelle nous arriverons, lorsque nous aurons passé en revue les moyens de traitement préconisés ces derniers temps, et que nous aurons discuté leur valeur et leur efficacité.

Complications. — On peut assister parfois au tableau clinique d'un phlegmon diffus : la douleur est lancinante, pulsatile, constrictive ; la rougeur est intense, la chaleur très considérable. Cette intensité symptomatique s'atténue un peu à la période de mortification, le pus se forme en amas purulents diffus : la destruction ulcéreuse de la peau ouvre un écoulement au pus, aux lambeaux de tissu cellulaire nécrosé, aux débris mortifiés d'aponévroses et de muscles. La filaire se montre au fond de ces foyers phlegmoneux. Il arrive souvent que la réparation ne suit point l'élimination du dragonneau ; chez les affaiblis, les cachectiques, la suppuration se maintient, la septicémie lente se déclare, la fièvre hectique s'allume.

MM. Chupin et Gandar, médecins du Val-de-Grâce,

ont publié récemment l'observation d'un élève officier de l'école de Saumur, qui, de retour du Soudan, entra à l'hôpital pour un phlegmon inguino-scrotal dont la nature était indéterminée. Quelques jours après son entrée, une filaire de Médine apparut au niveau de la jambe. Un phlegmon se forma à cet endroit, et par voisinage l'articulation du genou fut envahie ; une arthrite suppurée survint, qui nécessita l'arthrotomie ; l'état général devint très grave, mais le malade considéré comme perdu finit par guérir (1).

Quelquefois , on a observé des collections purulentes froides, des gommes tuberculeuses qui, incisées, laissaient apercevoir le corps d'une filaire, au milieu de pus grumeleux, de débris caséeux. Il y avait eu là provocation d'une tuberculose locale par la présence irritante d'un de ces nématodes.

Enfin, dans les régions à tissu cellulaire très lâche, le symptôme dominant est l'œdème ; c'est surtout au scrotum que l'on voit ces tuméfactions œdémateuses, qui peuvent un instant égarer le diagnostic.

Voilà donc quelles sont les variétés d'évolution locale de la filaire de Médine. Ces phénomènes inflammatoires s'accompagnent de troubles généraux quelquefois intenses, surtout dans la forme phlegmoneuse ; notre malade, alité, ne dormait plus, il avait de la fièvre, une soif vive, de l'anorexie. Et

---

1. Chupin et Gandar (*Arch. de méd. et phar. milit.*, 1900).

suivant le terrain, les nerveux et les alcooliques délirent; les affaiblis se cachectisent.

Pronostic.

Le tableau clinique, nous l'avons vu, est peu inquiétant, et le pronostic relativement bénin. L'élimination spontanée ou provoquée une fois achevée, tout se borne généralement à cette affection locale; ce n'est qu'indirectement que la filaire peut donner lieu à des phénomènes généraux graves. Dans quelques cas, des complications phlegmasiques intenses assombrissent le tableau, la tuméfaction et l'œdème s'accentuent; les collections purulentes se propagent. Le pronostic doit être dès lors très réservé; s'il existe une déchéance organique antérieure, une tare viscérale, la réparation ne se fait pas, les diabétiques, les alcooliques, les diathésiques ne peuvent faire les frais de ces suppurations continues; l'hecticité s'établit et la cachexie arrive. Quelquefois des collections froides s'établissent aux points d'attaque de la filaire. La suppuration s'éternise alors, des trajets fistuleux intarissables se maintiennent et le malade succombe à la généralisation de sa tuberculose.

En somme, le pronostic bénin au point de vue local se complique et s'aggrave de toutes les conditions diathésiques défavorables, de toutes les déchéances viscérales graves.

Diagnostic.

Il faut toujours se méfier, comme dit M. Reclus, des tumeurs inflammatoires du tissu cellulaire sous-cutané, portées par individus revenant des pays intertropicaux, où la filaire est commune.

Dans les régions d'endémicité, on devra soupçonner tout furoncle, tout abcès chaud, circonscrit, des points du corps où le parasite se montre le plus souvent. On aura rarement pour confirmer son diagnostic la sensation de cordonnet enroulé ou serpentant sous la peau, l'œdème de voisinage ou la tuméfaction inflammatoire masquent ce relief des parasites ; il se peut aussi que la filaire soit profondément engagée entre les interstices cellulaires et ne se revèle que par un empâtement diffus. La véritable confirmation du diagnostic, c'est le corps du délit, le cordonnet blanchâtre apparaissant en filament ténu, au fond de la plaie spontanément ouverte ou créée par le bistouri.

Prophylaxie.

Une affection parasitaire comme la dracunculose entraîne dans les pays endémiques l'observation de certaines règles de préservation hygiénique. Or les données zoologiques nouvelles indiquées par Fedschenko dictent des mesures prophylactiques

peut-être efficaces. Si l'on admet avec cet auteur et beaucoup d'autres, à l'heure actuelle, que la filaire est inoculée par l'intermédiaire des cyclopes avalés avec l'eau de boisson, la filtration, l'ébullition de l'eau suspecte seront des mesures indispensables.

Si l'on en reste à la vieille théorie de la pénétration cutanée, les ressources prophylactiques se réduisent à éviter les contacts cutanés avec les milieux à filaires : sol humide et eau ; à redouter l'immersion dans les marais suspects, le séjour prolongé sur les sols détrempés, à protéger les pieds par des bottes, le corps par des vêtements ; toutes précautions hygiéniques qui peuvent être prescrites à des Européens en expédition, mais qui ne peuvent s'adresser aux malheureuses populations indigènes.

Nous avons vu, en étudiant l'histoire naturelle de la filaire, que les embryons sont doués de reviviscence ; c'est là une fâcheuse propriété qui explique le maintien et la conservation de la filaire, la permanence des foyers endémiques, en dépit des périodes de sécheresse ; un sol à filaires reprend toute son activité dangereuse à la première pluie, la vie de ces parasites s'y ranime dès qu'il est humecté.

Lorsque, dans un chapitre précédent, nous avons discuté la théorie de contagiosité de la filaire, nous avons soulevé en même temps la question de l'autoinoculation, les embryons répandus dans la plaie après rupture de la filaire femelle ne vont-ils pas trouver là un milieu de culture favorable et se développer à l'état adulte ? Or ce que nous savons de

l'évolution du parasite réduit cette hypothèse à néant et, du reste, il n'existe nulle part dans la science de cas d'auto-inoculation directe.

La filaire de Médine est inconnue en Europe, mais elle pourrait néanmoins s'y acclimater aisément ; en effet il a été démontré que certaines espèces de cyclopes sont communes à la faune européenne et à la faune du Turkestan. On doit donc s'efforcer de détruire le parasite et d'empêcher la dissémination de ses embryons par les eaux. Il est avéré, en effet, que certaines contrées de l'Amérique du Sud ont été contaminées de cette façon.

TRAITEMENT

La question du traitement de la filaire de Médine devra nous arrêter un certain temps. Nous décrirons successivement les divers modes de traitement préconisés, et nous en discuterons la valeur en nous reportant aux résultats obtenus sur le malade de l'hôpital Saint-Louis :

A. — *Traitement de la filaire sans abcès.*

1° *Traction et enroulement.* — Cette méthode ancienne, ou méthode indigène, très employée, consiste à tirer l'helminthe un peu hors de la plaie, puis à le saisir entre les deux mors d'un morceau de bois

fendu, autour duquel on l'enroule petit à petit. Un petit cylindre de diachylon est préférable à cause de sa souplesse. L'enroulement doit se faire sans secousses, par tractions lentes et continues ; à la moindre résistance, on l'arrête, et on fixe le morceau de bois auprès de la plaie, à l'aide d'un pansement. En recommençant l'opération à plusieurs reprises, on finit par extirper l'animal au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Cette méthode, qui nécessite pour le malade une remarquable provision de patience, est usitée sur la côte de Guinée, au Sénégal, en Abyssinie, en Perse, dans le Turkestan, etc... En Arabie, on tire au dehors une anse ou une extrémité du ver et on y suspend une balle de plomb, qui exerçant une traction continue finit par l'entraîner complètement.

L'extraction doit se faire avec les plus grandes précautions. Parvient-on à extraire l'animal en entier, la plaie se cicatrise rapidement, mais le plus souvent il se rompt au bout de quelques jours. La partie qui reste sous la peau se rétracte ; mais elle reparaît au bout de quelque temps, soit par le même trou, soit à côté. Nous avons vu quelles complications cette rupture et cette mise en liberté des embryons dans la plaie pouvaient entraîner.

Dans certains pays, il est d'usage de plonger le pied dans l'eau froide : le ver sortirait de lui-même, et il suffirait d'enrouler la portion sortie, quitte à recommencer les jours suivants. Voici, à ce propos, l'explication que Patrick-Manson nous donne de ce

procédé (1) : « Si nous répandons, dit-il, dans le voisinage de l'ulcère un petit filet d'eau froide avec une éponge, et si à mesure que l'eau tombe nous examinons attentivement le petit trou qui est au centre de l'ulcère, nous voyons, au bout de quelques secondes, une gouttelette de liquide, d'abord clair, puis laiteux, sourdre de cette ouverture et s'écouler à la surface de l'ulcère. Quelquefois, au lieu de ce liquide, un petit tube remarquablement transparent, d'environ 1 millimètre de diamètre, qui n'est autre chose que l'utérus du ver projeté hors de la bouche, fait saillie par l'ouverture du derme, réagissant contre l'impression de l'eau froide. Quand ce tube est allongé à l'extérieur de 2 à 3 centimètres, il se remplit soudain d'une substance opaque blanchâtre, se rompt et s'affaisse ; le liquide se répand sur la plaie. Si l'on recueille une parcelle du liquide et qu'on la place sous le microscope, on voit qu'elle contient des myriades de vers de Guinée embryonnaires, qui sont enroulés, presque immobiles. Si maintenant nous instillons une goutte d'eau entre la lamelle et la lame, les embryons se déroulent et au bout d'un temps très court se mettent à nager avec activité. »

« Le peu que nous connaissons de l'évolution du parasite, ajoute Patrick-Manson, nous explique beaucoup de points autrefois mystérieux. Nous pouvons comprendre comment la filaire, en atteignant sa maturité, se dirige vers les jambes et les pieds, ce

1. Patrick-Manson. *Maladies des Pays chauds.*

sont les parties du corps humain les plus exposées, dans les pays tropicaux, à venir au contact des flaques d'eau, milieu où vit le cyclope, l'hôte intermédiaire. Nous pouvons également comprendre pourquoi c'est le contact de l'eau sur la peau du malade, qui amène le ver de Guinée à sortir et à expulser ses embryons, et quelle est la raison d'être de l'arrosage à l'eau froide, si pratiqué par les indigènes de certaines régions endémiques, dans leurs tentatives d'extraction. Le ver de Guinée résiste à toute traction, jusqu'à ce que son utérus soit bien rempli d'embryons. Il est possible que le crochet formé par son extrémité caudale lui serve à se maintenir en place. Mais lorsqu'au bout de quinze à vingt jours la parturition est accomplie, le ver tend à émerger spontanément. A ce moment une légère traction peut aider à sa sortie ; mais cette sortie ne doit pas être tentée, tant que le parasite émet des embryons. »

Ainsi donc, pour Patrick-Manson, les tractions n'ont de chances de réussir qu'au bout de quinze à vingt jours. Ce procédé de traitement, enroulement et traction, est par conséquent très long. Aussi, d'autres moyens qui ont la prétention d'être plus rapides, ont été préconisés ces temps derniers. Voyons d'abord le procédé dit d'Emily.

2° *Procédé d'Emily.* — Emily, médecin de la Marine française, a décrit en 1894 ce mode de traitement, qui a été beaucoup vanté tout d'abord. Il a voulu imiter le procédé qui consiste à faire, dans les

kystes hydatiques du foie, des injections de sublimé, à 1/1000, pour détruire les échinocoques.

Deux cas, selon lui; peuvent se présenter : ou bien la peau est intacte au-dessus de la tumeur vermineuse, ou bien elle est ouverte et le ver est en train de s'éliminer.

Dans le premier cas, on injecte par plusieurs piqûres, 1 centimètre cube de la solution de sublimé à 1/1000, dans la tumeur mamelonnée; on fait ensuite une friction d'onguent napolitain et l'on recouvre d'un pansement compressif. Le ver est tué sur place et se résorbe en quelques jours, comme un simple fil de catgut. Si la tumeur est ouverte, on pousse des injections dans le trajet supposé du ver. Dès le lendemain, on peut extraire la filaire tout entière, en une seule séance.

Cette méthode a, paraît-il, donné de bons résultats entre les mains de son auteur, et dans celles de Blin et Royer au Dahomey, de Duke dans l'Inde. Elle a été pratiquée par de nombreux médecins, mais elle n'a pas, je crois, répondu aux espérances qu'on avait fondées sur elle.

Le mode opératoire d'Emily a été quelque peu modifié par Brumpt; celui-ci injecte la solution de sublimé dans le ver lui-même, le liquide ressort en entraînant les embryons. Le ver est ainsi lavé, et l'irritation des tissus réduite au minimum.

Sur notre malade, nous devons avouer que le procédé a été sans résultat. Une injection de 2 centimètres cubes de sublimé fut poussée, avec une

seringue de Pravaz, moitié dans le ver et moitié dans le trajet, mais sans effet appréciable sur le moment. Le lendemain, les quelques centimètres que l'on put amener étaient simplement plus aplatis, comme vidés. Le ver ne fut pas tué. Le liquide, du reste, pénètre difficilement, le parasite est enroulé sur lui-même, et le trajet de celui-ci très tortueux.

C'est devant l'inconstance des succès obtenus par ce procédé, que M. Roquemaure, médecin major des troupes coloniales, a été amené à chercher et à décrire, en 1903, un « Nouveau moyen rapide d'extirpation du ver de Guinée » (1).

3° *Injection d'eau salée.* — Ici, le sublimé est remplacé par de l'eau salée à sursaturation. On fait une injection dans le ver lui-même, puis on applique des cataplasmes très chauds préparés avec une solution de phénol. Quelques heures après l'injection, le malade ressent une douleur lancinante, qui dure toute la nuit, et le lendemain, en défaisant le pansement, on est tout étonné de voir qu'il s'est formé une sorte de phlegmon diffus ; de nouveaux cataplasmes sont appliqués et le phlegmon diffus se transforme en phlegmon circonscrit qu'il ne reste plus qu'à ouvrir. A l'ouverture, issue d'une grande quantité de pus, dans lequel nage le ver en bouillie. Grands lavages de la poche, puis pansements humides, et en trois ou quatre jours, le malade est débarrassé de son parasite.

---

1. Roquemaure. *Ann. d'hygiène et de méd. colon.* Paris 1903.

Ce procédé de Roquemaure, équivaut à la création artificielle d'abcès, par injection de substances irritantes. Nous ne pourrions lui reprocher qu'une chose, c'est d'être très douloureux, et ne l'ayant pas expérimenté nous-même, nous pensons seulement que, ce gros inconvénient mis à part, il est alors vraiment l'idéal, car la ligne de conduite est toute tracée : une fois l'abcès formé, on va, à l'aide du bistouri, chercher la filaire et on la sort à coup sûr. C'est ramener le traitement à celui de la filaire avec abcès, traitement que nous étudierons un peu plus loin.

4° *Chloroformisation.* — Un procédé plus doux, et bien pratique s'il donnait des résultats constants, est celui que M. Béclère a décrit à la Société médicale des hôpitaux, en 1903 (1).

M. Béclère avait à soigner un officier, qui de retour du Sénégal, présenta à Paris, une filaire de Médine au niveau du pied gauche. Il eut l'idée de soumettre le parasite à l'action des vapeurs de chloroforme ; par là il pensait paralyser la résistance que l'animal offrait à ses tentatives d'extirpation, et lui faire lâcher prise. Il disposa donc au-dessus de l'orifice cutané une couche d'ouate imbibée de chloroforme, et recouverte de taffetas gommé. Au bout d'une minute ou deux, il renouvela ses tentatives d'extraction et put retirer un morceau de 45 centimètres. Mais la résistance reparut et l'animal se rompit. Au bout

---

1. Béclère. Soc. Méd. des hôpitaux, 1903.

d'une vingtaine de jours, la filaire étant apparue de nouveau, M. Béclère procéda à une seconde chloroformisation. Mais il changea quelque peu son dispositif. Il employa, cette fois une petite boîte de carton, dépourvue de couvercle, assez longue pour encadrer l'allumette autour de laquelle le ver était enroulé, et assez étroite pour être appliquée exactement par ses bords sur la peau de la jambe. Après avoir rempli le fond de la boîte de coton hydrophile bien imbibé de chloroforme, il l'appliqua par son bord libre sur la peau enduite de vaseline et la maintint en place pendant cinq minutes. A ce moment, le ver n'opposa plus aucune résistance, et toute la portion demeurée sous la peau, c'est-à-dire un morceau de 40 centimètres fut extraite et enroulée.

La chloroformisation, telle que l'a décrite M. Béclère, ne manque pas de séduire au premier abord : c'est un mode de traitement simple, rapide et indolore. Aussi nous empressâmes-nous de l'appliquer sur notre malade. Nous essayâmes les deux procédés : d'abord le coton recouvert de taffetas gommé puis une petite boîte renfermant de l'ouate imbibée de chloroforme, par quatre fois et deux jours différents. M. le Dr Guillemain renouvela lui-même l'expérience, mais jamais la résistance du ver ne fut diminuée, jamais les tractions n'amenèrent une portion plus grande que celle qui serait sortie naturellement. Nous devons donc avouer que le procédé de M. Béclère expérimenté sur un seul cas, c'est vrai, mais répété plusieurs fois, n'a donné aucun résultat entre nos mains.

Ce mode de traitement, du reste, était connu des médecins militaires avant la communication de M. Béclère ; l'un d'eux nous a dit l'avoir employé quelquefois aux colonies, faute de mieux, mais sans grand avantage.

Ce n'est donc pas le traitement infaillible et sûr que l'on pouvait espérer.

5° *Injections de morphine.* — Ce procédé d'engourdissement du ver nous a été suggéré par M. le professeur Gaucher, lorsqu'il vint voir notre malade. Il apporta lui-même une pipette contenant quelques gouttes d'une solution concentrée de morphine, qu'il voulait injecter dans le ver, mais celui-ci venait de se casser quelques minutes auparavant.

Lorsqu'il reparut quelques jours après, nous fîmes, avec une seringue de Pravaz, une injection de 4 millimètres cubes d'une solution concentrée à 1/20. Le contenu de la seringue pénétra facilement, et nous posâmes une ligature pour l'empêcher de s'écouler au dehors. Nos tractions continuées pendant vingt minutes n'amenèrent que quelques centimètres du parasite. Le malade put extraire le soir une douzaine de centimètres puis le ver se rompit de nouveau. Nous n'avions donc pas été plus heureux que précédemment.

Ce procédé rappelle celui qui a été préconisé par un médecin américain, pour provoquer l'évacuation du tœnia tout entier, avec la tête. En effet, dès que le tœnia commence à être expulsé sous l'influence d'un vermifuge, on injecte 1 centigramme de mor-

phine dans les anneaux qui sortent de l'anus, puis on refoule ceux-ci dans le rectum. L'alcaloïde diffuse dans toute la longueur du ver jusqu'à la tête, de sorte que la parasite lâche prise, et est expulsé tout d'un bloc sans se rompre. M. le Dr Achard, médecin des hôpitaux, dit avoir essayé quelquefois ce procédé dans son service, et avec succès; malheureusement, ajoute-t-il, son exécution est un peu délicate, et il a trouvé peu de faveurs auprès des surveillantes chargées de l'appliquer.

On peut se demander pourquoi cette méthode, si elle réussit pour le tænia, ne ferait pas de même pour la filaire de Médine. Peut-être trouve-on une explication de ce fait, en comparant la constitution histologique des deux parasites : On sait, en effet, que chez le tænia, la parenchyme général du corps est formé d'un tissu spécial, le tissu bothryoïde, constitué par des cellules étoilées, dont les mailles laissent entre elles des intervalles favorables à la circulation des liquides. C'est d'ailleurs par ce procédé que se fait la nutrition générale du ver, lequel par suite de son adaptation accentuée à la vie parasitaire est dépourvu de tube digestif et se nourrit par osmose. En outre le système excréteur comprend des troncs volumineux qui vont d'un bout à l'autre du corps, ce qui est encore une circonstance favorable.

Les nématodes, au contraire, possèdent un tube digestif, leurs aliments pénètrent par l'orifice buccal ; de plus le corps de la filaire adulte est complètement bourré d'embryons, qui peut-être mettent

obstacle à la pénétration de l'injection. Mais ceci n'est qu'une hypothèse toute personnelle, le fait seul existe, c'est que notre tentative n'a pas réussi.

B. — *Traitement de la filaire avec abcès.* — Lorsque la filaire a déterminé un abcès, et que le diagnostic a été fait soit par la coïncidence d'autres parasites sur le même individu, soit par l'apparition antérieure d'une extrémité du ver, ou lorsque le phlegmon est consécutif aux tractions et à la rupture de l'animal, dans ce cas la filaire de Médine est devenue une affection nettement chirurgicale et le traitement ne saurait prêter à aucune discussion. Une fois l'abcès formé, on incise pour faire évacuer le pus, et l'on profite de l'ouverture ainsi produite pour aller à la recherche du ver. Nous pensons qu'il y a lieu de ne pas se presser trop, car, en incisant un abcès en voie de formation, il y a des chances pour n'enlever qu'une partie du parasite. On doit du reste procéder assez prudemment, couche par couche, pour ne pas plonger le bistouri dans la cavité, et risquer de sectionner la nématode : le fait s'est produit une fois dans notre observation, malgré nos précautions.

Lorsque le pus est évacué, ou bien la filaire se présente immédiatement, ou bien on va à sa recherche avec une pince et on le sort. Il ne faut pas hésiter au besoin à agrandir l'incision, la main du chirurgien doit être prudente, mais non pas timide, car l'abcès bien ouvert permet de voir et d'examiner son contenu. Chez notre malade, à cause de sa résistance,

la première ouverture fut un peu étroite, quoique ayant près de 4 centimètres ; elle ne permit pas d'extraire le parasite, celui-ci fut trouvé sous le pansement deux jours après.

La suite du traitement est la même que pour un phlegmon quelconque : on draine, au besoin on met une mèche de gaze dans la cavité, et l'on applique des pansements humides. La cicatrisation est très rapide lorsque le corps étranger est sorti. Si par hasard, celui-ci n'avait pu être extrait et qu'un nouvel abcès se soit reformé à côté, le traitement serait à recommencer, c'est celui que nous venons d'indiquer.

En somme, le traitement chirurgical est le traitement évidemment le plus sûr de ceux que nous avons exposés. Aussi, est-ce lui que l'on voudrait pouvoir appliquer toujours, même lorsqu'il n'y a pas de suppuration notable. Cette conduite est du reste parfois possible, pourquoi ne la tiendrait-on pas dans certains cas, lorsque par exemple, la filaire se trouve dans une région facilement accessible, lorsqu'on voit la corde qu'elle dessine quelquefois sous la peau, qu'on la soupçonne enfin très superficiellement située ? Pourquoi, alors, ne pas s'aider du bistouri, en utilisant au besoin l'anesthésie locale ou même l'anesthésie générale, et extirper ainsi ce ver qui, de lui-même, et sans compter les accidents qu'il peut provoquer, mettra si longtemps à sortir ? C'est ainsi que chez notre malade, M. Guillemain retira un jour une filaire jeune, de 17 centimètres, par une incision le long d'une sorte de cordon rou-

geâtre, ainsi il empêcha le ver de s'accroître et il prévint peut-être l'apparition d'un abcès.

Il arrive parfois que la filaire s'enroule une ou deux fois autour d'un orteil ; si on exerce des tractions sur le corps de l'animal, rien ne vient ; il faut alors faire trois incisions : une sur la face supérieure de l'orteil, et deux latéralement, chaque morceau est ensuite enlevé séparément.

Par conséquent, dans certains cas on n'attendra pas l'apparition des phénomènes inflammatoires, et on tâchera même de les prévenir en intervenant chirurgicalement.

Traitement général. — Nous n'insisterons pas longtemps sur le traitement général du malade atteint de dracunculose grave. Celle-ci entraîne de la fièvre, de la suppuration abondante, et parfois une anémie, une cachexie consécutives, qui nécessiteront l'emploi de toniques, un régime alimentaire convenable, et pour lesquels il n'y a vraiment rien de particulier à dire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

H... Paul, 44 ans, mécanicien de précision, envoyé par le ministère des Colonies au Dahomey, où il travailla au montage de ponts métalliques. Il séjourna dans ce pays du 1er janvier 1903 au 25 mars de l'année suivante.

Trois mois après son débarquement, il eut un accès de fièvre paludéenne. Puis, il eut à souffrir de piqûres de chiques aux pieds et aux jambes.

De retour en France, sa santé fut parfaite jusqu'à la fin du mois de novembre 1904. A cette époque, il commença à ressentir quelques démangeaisons au pied droit. Puis un jour il aperçut, au-dessous et en avant de la malléole interne, une petite élevure rouge très limitée, avec un point blanchâtre au centre. Il perça lui-même ce petit bouton, et une gouttelette séreuse en sortit; puis l'orifice se ferma.

Huit jours après, la vésicule se reforme et se met à suinter; le malade y prête peu d'attention et se contente de la recouvrir d'un peu de gaze stérilisée.

Cependant, voyant que la cicatrisation ne se produit pas, il se décide, le 21 décembre, à venir trouver M. le Dr Guillemain, à l'hôpital Saint-Louis.

Le malade raconte que, pendant son séjour au Dahomey, il a eu une chique, exactement au point où il souffre actuellement, et il pense que celle-ci à été mal enlevée par le nègre qui s'est chargé de le débarrasser de cet hôte gênant. Cette opinion nous a paru intéressante à rapporter, elle plaiderait un peu en faveur de la théorie de la pénétration directe du parasite.

Lorsque nous examinons le pied du malade, nous trouvons au-dessous de la malléole interne une petite rougeur, avec une ouverture fistuleuse, de laquelle s'écoule du pus très liquide ; en exprimant celui-ci, on fait tout d'un coup sortir un petit corps blanchâtre, cylindrique, de 1 centimètre de long sur 1 millimètre de large. Malgré l'inattendu de cette découverte, le diagnostic de filaire de Médine est porté immédiatement, et confirmé par les commémoratifs. M. Guillemain, en exerçant quelques tractions légères, enroule le ver autour d'une allumette et s'arrête dès qu'il sent une résistance, puis il fait appliquer un pansement humide.

Le malade revient le 22 et le 23. Chaque jour on enroule un tour ou deux. Mais la rougeur augmente en arrière près du tendon d'Achille, on remarque de l'empâtement qui remonte vers le mollet.

24 décembre. — Sous le pansement on trouve la filaire cassée. La longueur enroulée a été de 12 centimètres.

25 décembre. — Le gonflement est plus grand, surtout en avant sur le milieu de la face interne du pied, comme si une nouvelle ouverture allait se faire là.

26 décembre. — En massant la jambe de haut en bas, en exprimant la sérosité, la filaire apparaît à l'orifice. M. le Dr Guillemain l'enroule sur un morceau de diachylon, subs-

tance plus souple que l'allumette employée précédemment. Il extrait à peu près 7 à 8 centimètres.

27 décembre. — Nous essayons le procédé si vanté, décrit par Emily. Nous faisons avec une seringue de Pravaz, dans l'extrémité du ver qui pend au dehors, une injection de sublimé à 1/1000. Celle-ci pénètre facilement, mais une deuxième éprouve de la difficulté à entrer et nous poussons alors le contenu dans l'orifice de sortie du parasite. Sur le moment, rien d'appréciable. Mais le lendemain, les quelques centimètres que l'on amène jusqu'à résistance, sont aplatis, comme vidés.

29 décembre. — Le gonflement et la rougeur sont les mêmes. Nous sortons une quinzaine de centimètres. Puis le ver casse.

Le fragment retiré avait en tout et environ 25 centimètres ; je dis environ, car il a été remis à M. le professeur Gaucher, qui vint voir notre malade et nous n'avons pas pu le mesurer exactement.

30 décembre. — Nous pouvons saisir la filaire à nouveau. Nous essayons alors le procédé de chloroformisation décrit par M. Béclère. Pour cela, nous imbibons de chloroforme de l'ouate hydrophile, que nous recouvrons de taffetas gommé, nous laissons le tout sur le pied malade, pendant dix minutes, et nous cherchons ensuite à enrouler l'animal, mais inutilement.

31 décembre. — La filaire sort facilement de 15 centimètres. Nous recommençons la chloroformisation, telle qu'elle a été faite le jour précédent, mais nos tentatives d'extraction n'aboutissent qu'à une chose, à rompre le ver de nouveau.

1er janvier. — Celui-ci reparaît à l'orifice, et le malade en sort lui-même 25 centimètres dans la soirée.

2 janvier. — Toujours beaucoup de gonflement au niveau du tendon d'Achille et sur le tiers inférieur de la jambe.

3 janvier. — Nous enroulons 12 à 15 centimètres sur le diachylon.

4 janvier. — On enroule aujourd'hui 8 centimètres. M. le Dr Guillemain recommence le procédé de M. Béclère. Mais il change le dispositif employé précédemment. Il prend une boîte en carton de catgut Leclerc, au fond de laquelle il place un tampon de coton hydrophile, qu'il imbibe de chloroforme ; la boîte est appliquée sur la peau enduite de vaseline, et l'occlusion est rendue très hermétique. A plusieurs reprises, et pendant dix minutes chacune, on renouvelle l'expérience, mais sans résultat ; les tractions restent vaines.

6 janvier. — Sur le conseil de M. le professeur Gaucher, nous faisons dans le ver lui-même une injection de morphine. Nous utilisons pour cela une solution concentrée à 1/20, dont nous injectons près de la moitié d'une seringue de Pravaz. Nous poussons l'injection très facilement dans la partie du ver la plus rapprochée de l'orifice cutané, et nous mettons une ligature pour empêcher le liquide de sortir. Nous essayons ensuite d'extraire l'animal, mais il nous est impossible d'amener en dehors plus de 3 ou 4 centimètres. Le soir, cependant, le malade put tirer lui-même un fragment de 12 centimètres ; mais la filaire se cassa encore, et ne reparut que cinq jours après.

12 janvier. — Le malade revient, et apporte un fragment qu'il a retiré la veille et qui mesure 20 centimètres : une extrémité est effilée et terminée par le petit crochet caudal ;

le parasite était bien vivant au moment de l'extraction, le corps rigide, et le crochet animé de mouvements de va-et-vient continuels.

En additionnant les longueurs des fragments recueillis successivement, nous trouvons pour cette filaire une dimension de 1 m. 20 environ. Mais il faut tenir compte, dans cette appréciation, de la grande extensibilité du ver et de l'élongation que nos tractions ont provoquée.

Le malade, ce jour-là, présente de la lymphangite le long de la face interne de la cuisse, on voit un cordon rouge presque aussi gros que le doigt et on sent dans l'aine un paquet de ganglions inguino-scrotaux, comme un petit œuf de poule.

17 janvier. — Le malade a dû garder le lit pendant trois jours, la lymphangite et les ganglions ont plutôt augmenté et sont devenus beaucoup plus douloureux. L'orifice de sortie du ver, situé au-dessous de la malléole interne, est fermé et la rougeur de la face interne s'éteint. Mais un nouveau foyer est apparu plus haut, au quart inférieur de la jambe, le long du bord interne du tendon d'Achille ; la peau est rouge, douloureuse, œdématiée. M. le Dr Guillemain fait une incision prudente de 2 centimètres, il s'écoule du sang avec quelques filaments de pus, et un cordon blanc se montre. On le prend avec une pince et on sort une filaire entière avec ses deux extrémités caractéristiques. Elle mesure 17 centimètres. On applique un pansement humide sur la plaie.

18 janvier. — Le malade se trouve mieux. Il souffre bien moins de son adénite et de sa lymphangite, laquelle a presque disparu.

Les jours suivants, nous ne revoyons pas le malade, il fait ses pansements chez lui.

26 janvier. — Une huitaine de jours après la dernière intervention, il revient et apporte à l'hôpital une petite filaire intacte, filiforme, mais desséchée, qu'il a extraite lui-même au même pied, et qui mesure 7 à 8 centimètres. Depuis ce jour, jusqu'au 7 février, nous n'avons plus de nouvelles du malade.

7 février. — A cette date, le malade nous écrit qu'il est au lit, que son pied gauche cette fois est très enflé et le fait beaucoup souffrir. Il dit avoir éprouvé depuis un mois des fourmillements, des élancements dans ce pied, autour des malléoles et sous la plante. A ces douleurs vagues il prêtait peu d'attention, les mettant sur le compte de la fatigue causée par une suppléance fonctionnelle du membre.

Vers la fin de janvier, il lui est apparu une sorte de phlyctène sur le bord externe du pied. Deux jours après, un autre bouton semblable se montre à la face interne. Il fit un pansement boriqué. Au bout de trois jours, il aperçut une sorte de bourbillon qu'il tira avec une pince, c'était l'extrémité d'une filaire de Médine, dont il put extraire 4 centimètres et qu'il enroula sur une allumette. Mais, le lendemain, le ver s'était cassé au ras de l'orifice cutané. Les jours suivants le ver n'est plus reparu, mais le pourtour de l'orifice a enflé et la plaie a continué à suppurer légèrement.

Pendant ce temps, la première fistule externe est devenue douloureuse; les signes d'une inflammation locale se sont dessinés; le malade, en faisant un peu d'expression, a pu amener avec de la sérosité une autre filaire de Médine. Il enroula quelques centimètres sur un morceau de diachylon,

mais il s'aperçut que, le lendemain, le ver mal enroulé était rentré. Depuis cette époque, c'est-à-dire le 4 février, le pied est très enflé et très douloureux. Quant à la plaie interne, elle s'est refermée sans que le reste de la filaire soit sorti.

9 février. — Le malade vient nous voir le 9 février. Son pied est très enflé, des douleurs lancinantes l'empêchent de dormir depuis trois jours, il ne peut plus marcher, il reste assis la jambe étendue. Nous le décidons, non sans mal, à suivre nos conseils et à entrer à l'hôpital. Il est admis dans le service de M. le Dr Balzer, salle Devergie, lit n° 4.

Nous le voyons le 10 : le pied est œdématié, la face dorsale rouge, fluctuante ; on refoule le liquide vers un orifice qui se trouve sur le milieu du bord interne du pied, c'est un liquide séreux, verdâtre. Dans l'aine, on perçoit par le palper un plastron ganglionnaire, légèrement douloureux. L'œdème remonte à la moitié inférieure de la jambe, on produit facilement le godet.

Comme traitement, pansements humides à l'eau bouillie, et défense au malade de se lever.

13 février. — Fluctuation nette. Nous faisons une incision de 4 centimètres pour élargir le petit orifice. Il s'écoule deux à trois cuillerées à café de pus. Nous fouillons la plaie à la sonde cannelée, mais nous ne trouvons pas trace de filaire.

15 février. — Cependant on trouve sous le pansement un morceau de filaire de 20 centimètres qui a été entraîné par le pus; il est déchiqueté par endroits, ce qui est dû assurément au passage d'un instrument.

16 février. — Le pied est moins enflé, mais on remarque toujours du même côté et en arrière de la malléole un peu de

rougeur et d'œdème. Les douleurs reprennent le malade, il ne dort plus, soif vive, fièvre.

20 février.—Il y a une fluctuation manifeste, M. le Dr Guillemain vient voir notre malade, et fait deux longues incisions verticales de 5 centimètres, l'une au niveau de la malléole, l'autre à 3 centimètres en arrière. Par ce dernier orifice, s'écoule du pus abondant, qui présente tous les caractères de celui des phlegmons aigus, et au fond de la plaie on aperçoit une filaire que l'on extrait sans résistance avec une pince. Elle mesure 40 centimètres de long. Une des extrémités est inégale et a dû être sectionnée par nous quatre jours auparavant. L'autre extrémité présente le crochet caudal, animé de mouvements très lents.

Les deux plaies sont lavées, drainées, et on applique des pansements humides.

20 février. — Le malade se sent bien mieux.

Mais les jours suivants, il se montre de la rougeur de l'autre côté du pied, dans la gouttière rétro-malléolaire externe, la peau est rouge et chaude, un abcès se forme en cet endroit.

Deux jours après, on fait une incision qui donne issue à une cuillerée de pus mélangé de sang.

Le lendemain, on trouve sous le pansement un morceau de filaire de 35 centimètres, terminé par la queue.

3 mars. — Les plaies sont en bonne voie de cicatrisation. Du côté interne, elles se couvrent de bourgeons charnus.

Le malade commence à se lever, et à faire des mouvements actifs du pied, pour combattre la raideur.

On lui continue les pansements humides. Mais sur sa demande, il quitte l'hôpital le 8 mars.

Il revient nous voir sept jours après. Il a repris ses occu-

pations. Son pied enfle un peu après la marche, mais les plaies sont presque complètement cicatrisées. Nous lui conseillons du massage et de l'exercice modéré.

Enfin nous le revoyons un mois après, entièrement guéri et marchant sans difficulté.

OBSERVATION II (1).

Il nous a paru intéressant de rapporter ici l'observation de M. Béclère, qui nous décrit le procédé de traitement employé, c'est-à-dire la chloroformisation, pour faciliter l'extraction d'une filaire de Médine. Nous répétons, à ce propos que ce moyen a été essayé plusieurs fois chez notre malade, et sans résultat appréciable.

« Il s'agit d'un officier qui a séjourné un an et demi au Sénégal et au Soudan. Il s'est écoulé huit mois entre le moment où cet officier a quitté l'Afrique et celui où il s'est aperçu de l'apparition d'une petite phlyctène en arrière de la malléole externe de la jambe gauche. Cette phlyctène a été le premier symptôme de la présence du parasite ; elle est apparue à Paris le 24 mars 1903, alors que M. X... avait quitté Dakar le 1er août 1902.

La petite phlyctène, survenue sans douleur et sans gonflement de la jambe, s'ouvrit spontanément, se ferma, puis s'ouvrit de nouveau, donnant issue chaque fois à un peu de liquide séro-purulent ; et à plusieurs reprises, mon client en

---

1, Bèclère. *Revue médicale*, Paris, 1904.

vit sortir un filament blanchâtre extrêmement court et ténu, qui se rompit entre ses doigts, à la moindre traction.

C'est seulement le 11 mai que ce filament étant de nouveau sorti hors de l'orifice cutané, je peux l'enrouler autour d'une tige d'allumette et constater, après trois ou quatre tours, qu'il se renfle brusquement pour prendre la forme d'un ver blanc de 2 millimètres environ de largeur. De crainte de le rompre, je fais seulement quelques tours de spire que je fixe à la jambe. Le lendemain, j'enroule de nouveau quelques centimètres autour de l'allumette, mais la résistance que j'éprouve et que mon client accuse très vivement me fait suspendre l'opération.

Le surlendemain, 15 mai, désireux de paralyser la résistance que le parasite oppose à mes tentatives d'extirpation, j'ai l'idée, pour lui faire lâcher prise, de le soumettre à l'action des vapeurs de chloroforme. Je dispose, à très faible distance de la jambe, au-dessus de l'orifice cutané, une couche d'ouate imbibée de chloroforme et recouverte de taffetas gommé. Après qu'elle est restée en place une minute ou deux, je renouvelle mes tentatives d'extraction.

L'animal n'offre plus de résistance et j'en profite pour tourner et tourner encore l'allumette sur elle-même.

Mais sans doute il se réveille pendant que je multiplie les tours, car la résistance reparaît, et à mon grand ennui la filaire se rompt. Le fragment extrait mesure 45 centimètres.

Celui qui reste sous la peau s'est rétracté et a complètement disparu, il est devenu insaisissable.

Cette rupture du ver n'est pas seulement un accident fâcheux, elle est capable d'avoir parfois de graves conséquences. En effet, chez mon malade, les réactions inflam-

matoires surviennent, avec une grande rapidité. La rupture du ver a eu lieu à 10 heures du matin. Le jour même à 2 heures, la jambe très douloureuse est augmentée de volume. Un frisson survient, la température s'élève, elle atteint à 3 heures 40° 6. La peau est rouge, tendue, œdématiée, très douloureuse à la pression, présentant tous les signes d'une lymphangite intense. Cette lymphangite est manifestement plus accentuée tout le long d'un cordon sinueux qui part de la petite plaie cutanée, s'élève jusqu'à la partie moyenne du mollet et le contourne pour se porter en avant vers la crête du tibia, en soulevant les téguments dans tout son trajet.

Pour combattre les accidents produits par la mise en liberté des microfilaires et du liquide qui les baigne, j'injecte par la plaie dans le tissu cellulaire sous-cutané 1 centimètre cube environ de teinture d'iode. Je recommande le repos absolu dans la position horizontale, et des enveloppements humides.

Malgré le traitement, et malgré l'atténuation quotidienne des signes extérieurs de lymphangite, les douleurs persistent jusqu'au 19 mai, pour disparaître assez brusquement. A ce moment, on n'observe plus de rougeur qu'en une région très limitée du mollet, où la peau amincie fait une saillie rénitente, indice d'une perforation prochaine.

C'est le 30 mai seulement, que se fait spontanément l'ouverture de la peau ; au milieu du pus qui s'écoule, un point blanc apparaît, et sous l'influence des pressions exercées à distance, une portion du ver longue de plusieurs centimètres fait issue au dehors ; le malade l'enroule lui-même autour d'une tige d'allumette.

Le 2 juin, je procède à une nouvelle tentative d'extraction

et je m'efforce, cette fois, pour éviter une seconde rupture, d'anesthésier complètement le parasite.

J'emploie dans ce but une petite boîte de carton, dépourvue de couvercle, assez longue pour encadrer l'allumette, autour de laquelle est enroulée l'extrémité du ver, et assez étroite pour être appliquée exactement par ses bords sur la peau du malade. Après que le fond de cette boîte a été rempli de coton hydrophile, bien imbibé de chloroforme, elle est appliquée par son bord libre sur la peau enduite de vaseline, et étroitement maintenue en place pendant cinq minutes. A ce moment le ver n'oppose plus de résistance, et le malade n'accuse aucune sensation de traction. Il me suffit de quelques minutes pour enrouler très facilement autour de l'allumette toute la portion du parasite demeurée sous la peau après la rupture, c'est-à-dire un fragment de 40 centimètres. Après quelques jours de repos, les signes extérieurs d'inflammation cutanée disparaissent, l'orifice se ferme, et le patient qui ne ressent plus aucune douleur, peut reprendre ses occupations habituelles, y compris l'exercice du cheval.

OBSERVATION III (1).

Nègre de 14 à 15 ans, grand, robuste, 1 m. 50 de taille, originaire de Porto Novo ; venu du Dahomey comme boy de M. X..., résident colonial. Le 15 décembre 1895, sur le côté externe du pied droit, au niveau de la partie moyenne du cin-

1. Léon Perrin (*Arch. de Dermat. et de Syphiligr.*, 1896).

quième métatarsien, apparition d'une bulle suivie d'exulcération ; on croit à une ampoule produite par le frottement de la chaussure que l'on fait porter au nègre depuis quelques jours. Il n'en était rien ; celui-ci montre en effet deux jours après à son maître un petit filament blanc. Le nègre ayant reconnu immédiatement qu'il s'agissait d'un ver essaie de l'enrouler autour d'une tige de bois.

Pour y arriver et pour faire sortir le ver, il plonge le pied dans l'eau froide ; sous cette influence, quelques centimètres du parasite sortent spontanément ; le nègre procède lui-même plusieurs fois par jour, en plongeant chaque fois le pied dans l'eau froide, à l'enroulement du ver par tractions successives et avec les plus grandes précautions.

20 décembre. — Le ver est cassé, on ne voit plus qu'un filament blanchâtre, sortant par l'orifice cutané ; on ne peut le saisir pour l'enrouler de nouveau. Pansements antiseptiques humides.

23 décembre. — Le malade a eu pendant la nuit de l'agitation ; le matin il a de la fièvre, température, 38°6 ; il est triste, abattu ; le pied est tuméfié et douloureux sur la partie externe et en arrière de la malléole externe ; un phlegmon circonscrit s'était développé dans la gaîne des péroniers. Le lendemain, on fait entrer le malade au dispensaire des Enfants-Malades où, après chloroformisation, le phlegmon est incisé et drainé. Guérison rapide. L'orifice fistuleux du côté externe du pied se cicatrise, et le ver ne reparaît plus en ce point.

4 janvier. — Il se montre au niveau d'une exulcération siégeant dans le premier espace interdigital. Deux fois par jour, matin et soir, après avoir fait plonger le pied dans l'eau

froide (qui véritablement paraît avoir une action sur la sortie spontanée du ver), on l'enroule très lentement et très délicatement, sans faire de traction forte, on extrait ainsi à chaque séance de 1 à 5 et 6 centimètres du parasite. On peut évaluer à 35 ou 40 centimètres la partie extraite de cette manière. Tout allait bien, aucune inflammation ne se produisait, grâce à des pansements antiseptiques, après chaque séance d'extraction, quand, le 15 janvier, le ver est de nouveau cassé et ne peut être saisi. Le lendemain, après chloroformisation, le trajet fistuleux est incisé, le ver peut être saisi et enroulé dans une étendue de 20 à 30 centimètres. On fait des lotions et des pansements antiseptiques. Tous les matins, le pansement est renouvelé et on essaie d'enrouler le ver autour de la tige de bois ; on ne peut en extraire que de petites quantités ; pendant la nuit, le malade défait son pansement, et en voulant procéder lui-même à l'extraction, casse le ver pour la troisième fois.

Comme le malade devait partir le 25 janvier pour le Dahomey, le 21 janvier on fait une nouvelle intervention : incision dans le premier espace interdigital, contre-ouverture à la plante du pied. Lavage et drainage. Le ver n'est pas retrouvé. Deux jours après, le drain est enlevé, et le nègre peut être embarqué avec plaies en bonne voie de cicatrisation. Le malade est arrivé en bon état au Dahomey, sans que le ver se soit montré de nouveau, et sans qu'il se soit produit aucune complication inflammatoire ».

Cette observation montre combien l'extraction de la filaire est loin d'être facile, prompte et exempte d'accidents. Ce malade pourtant était en France dans

de bonnes conditions hygiéniques. Un fait intéressant à noter, c'est que le malade, pour faire sortir le ver, plongeait fréquemment le pied dans l'eau froide. Ce détail, que nous trouverons également dans l'observation suivante, paraît avoir une certaine influence sur la sortie du parasite.

OBSERVATION IV (1).

Le père F... missionnaire de la mission de Pondichéry, le 8 mars 1902 ressentit à la cheville du pied droit une vive sensation de froid. Cette sensation fut tellement violente, qu'il eut aussitôt des palpitations, un court évanouissement, suivi de soubresauts nerveux. Au point d'où était partie la sensation, il ressentit une vive démangeaison, puis la peau devint rouge, puis une phlyctène surgit de 2 centimètres de diamètre, remplie d'un liquide transparent. On perça cette phlyctène et au bout de deux jours apparut au centre un point blanc, commencement d'un petit ruban de 1 millimètre de diamètre ; le malade le tira, en arracha une longueur de 10 centimètres, ce qui restait disparut dans les chairs.

Chaque jour, matin et soir, la jambe est mise dans un bain d'eau froide pendant une heure environ. Le ver sort de lui-même. On le prend avec beaucoup de précautions, de crainte de le briser, on l'enroule autour d'un petit bâton, comme un fil autour d'une pelote.

On ne tire chaque jour que ce qui peut sortir sans effort. On le laisse ainsi enroulé, sur l'ouverture, avec un panse-

1. Renon (*Arch. médic. d'Angers*, 1903).

ment humide. Mais le ver se brisa. La cheville et la jambe enflèrent. L'inflammation était considérable. On couvrait la région enflammée de cataplasmes arrosés de laudanum.

Après quatre semaines, une nouvelle phlyctène semblable à la première, se fit à la jambe. On prit le ver cette fois avec plus de précautions, et jusqu'au 20 avril, l'inflammation continua sans abcès. Une deuxième fois le ver se rompit, et l'abcès se forma au-dessus de la cheville. Cet abcès fut ouvert au bistouri. La cavité fut irriguée avec une solution antiseptique, laquelle amena le ver à l'incision, cette fois tout entier et mort. Mesuré avec les deux fragments antérieurs, il avait 70 centimètres. La guérison fut complète, trois mois après le début des accidents. »

Cette observation montre la longue durée pendant laquelle une filaire unique peut immobiliser un malade. Ce n'est qu'après la formation d'un abcès et l'incision nécessaire de celui-ci que le parasite put être extrait.

OBSERVATION V (1)

Cette observation est intéressante par le grand nombre de parasites qui ont vécu simultanément sur le même individu ; elle est en cela comparable à celle de notre malade de l'hôpital Saint-Louis. Elle confirme en outre le danger qu'il y a de rompre le ver,

1. G. Lafage (*Gazette médicale de Paris*, 1886).

et la rapidité de la guérison, lorsqu'on peut l'extraire entier.

« Le sujet de l'observation est mon propre domestique, jeune nègre de 15 ans environ, originaire de Bakel, l'un des points du Sénégal où la filaire de Médine se rencontre le plus souvent. Le 20 juin, il s'est plaint que l'annulaire de sa main gauche était si douloureux qu'il ne pouvait s'en servir. Je constatai un gonflement et un empâtement mal limités, puis je découvris sur la face interne de la deuxième phalange un petit point blanc que je crus d'abord être du pus qui commençait à sourdre. Ayant incisé avec précaution, je reconnus bien vite mon erreur et le diagnostic s'imposa : ce que j'avais pris pour du pus n'était autre chose que l'extrémité d'une filaire ; l'ayant saisie avec des pinces j'en amenai au dehors environ 20 centimètres, puis éprouvant une résistance assez grande, et ne voulant pas rompre le ver, je l'enroulai sur un petit morceau de diachylon et le fixai à la peau. Tous les jours, j'en enroulai quelques centimètres, et au bout de quinze jours, l'animal entier était extrait. Il avait une longueur approximative de 60 centimètres.

Mais avant la fin de cette extraction, le 1er juillet, le malade s'était plaint de douleurs à la jambe droite ; je trouvai à la partie externe, au-dessous de la tête du péroné, une petite tumeur fluctuante ; par le toucher on sentait sous la peau un petit cordon dur que l'on pouvait suivre jusqu'au niveau de la malléole interne. En certains points, on distinguait parfaitement ce cordon à la vue. Je n'hésitai pas à affirmer la présence d'un deuxième dragonneau. Ayant incisé la tumeur, il s'écoula un peu de pus et j'aperçus un petit point

blanc que je saisis et amenai à l'extérieur ; mais à peine en avais-je attiré 2 centimètres, que, sans même que j'eusse éprouvé la moindre résistance, le parasite se rompit ; il me fut impossible de le retrouver.

Il se forma alors en moins de trois jours un énorme abcès au tiers inférieur de la jambe ; je l'ouvris de bonne heure, et la suppuration, d'abord fétide, puis de bon aspect, ne demanda pas moins de quinze jours pour se tarir, malgré les pansements antiseptiques les plus divers. Du dragonneau, je ne découvris pas trace, bien que j'eusse examiné tous les jours le pus et les linges de pansement ; il eŝt néanmoins évident qu'il a été complètement éliminé avec les produits de la suppuration.

Notre malade paraissait complètement guéri, lorsque le 25 juillet, il se plaignit encore de souffrir de la cuisse gauche, je trouvai en arrière vers le tiers inférieur, une tumeur assez dure, fluctuante, large comme la main, plusieurs petits pertuis laissaient sourdre du pus. Cet énorme abcès s'était formé sans fièvre, sans le moindre malaise. J'incisai largement, et lorsque l'écoulement de pus et de sang se fut terminé, je me mis en devoir de chercher mon ver de Guinée, car je ne doutais pas que je n'eusse encore affaire à lui. Mais je ne vis rien, et je supposai que la filaire rompue dans le tissu cellulaire était éliminée avec le pus. Cependant, le soir du même jour, examinant avec soin la région du genou, je découvris au côté interne un point blanc presque imperceptible. Je fis une petite incision par laquelle j'introduisit de fines pinces et j'amenai au dehors plusieurs centimètres de filaire que j'enroulai et fixai à la peau.

Le lendemain 25, contre-ouverture de l'abcès de la cuisse

et introduction d'un drain. Continuation d'enroulement du ver, les jours suivants, non sans occasionner de vives douleurs. J'ai déjà fait cette remarque dans tous les cas que j'ai vus.

Le 8 août, mon infirmier casse maladroitement la filaire. Immédiatement, redoublement et aggravation de l'abcès de la cuisse, qui paraissait presque guéri, formation de plusieurs autres à la jambe.

Le 10, découverte d'un nouveau ver dans le petit doigt de la main gauche ; extraction facile et guérison rapide, en trois jours; longueur de l'animal 0 m. 42.

Le 20 août, la cuisse et la jambe sont guéries.

Le 15 septembre, j'aperçois une nouvelle petite tumeur en forme de furoncle au niveau de la malléole interne gauche. Elle renferme une filaire de 50 centimètres extraite d'un seul coup.

Depuis ce jour, la guérison s'est maintenue parfaite.

CONCLUSIONS

Dans cette modeste étude, nous n'avons pas eu en vue l'évolution biologique de la filaire de Médine: des recherches complémentaires sont nécessaires pour préciser le mode de développement du parasite, sa voie exacte d'introduction dans l'organisme.

Au point de vue clinique, nous avons pu constater que sur un même individu, la filaire de Médine peut se manifester sous deux formes: dans l'une, sa présence ne donne lieu à aucun phénomène inflammatoire bien accentué ; dans l'autre, au contraire, elle s'accompagne d'une réaction très vive des tissus, susceptible de déterminer l'apparition de véritables phlegmons. Si cette dernière forme est plus alarmante, plus douloureuse pour le malade, elle rend, par contre, plus rapide et plus radicale, l'extraction du nématode.

Nous avons vu, d'autre part, combien, dans la première, la sortie du parasite était lente et pénible exigeant souvent une immobilisation prolongée pendant des semaines.

Au point de vue du traitement, nous pouvons conclure que dans la forme phlegmoneuse, les abcès

doivent être toujours largement incisés ; le ver enlevé, la guérison survient, prompte et définitive.

S'il n'y a pas suppuration notable, la conduite thérapeutique est alors hésitante, et l'indécision du médecin devant cette forme rebelle a fait imaginer, ces derniers temps, des procédés d'extraction nouveaux (chloroformisation, injections de sublimé, de morphine, de chlorure de sodium). Il est difficile de dire s'ils présentent quelque valeur ou quelque utilité. Nous ne pouvons, en effet, tirer des conclusions bien fermes, d'une seule observation personnelle ; nous donnons simplement les résultats que nous avons obtenus, par l'essai de ces divers procédés. Or, aucun d'eux, nous le répétons, n'a vraiment facilité la sortie du parasite ; les tractions seules ont eu raison de la résistance du ver.

Cependant, en présence d'un cas de filaire de Médine non compliqué d'abcès, nous pensons qu'il y a lieu d'essayer le procédé d'Emily ou celui de Béclère, qui sont commodes, sans inconvénients ; le premier seul est douloureux, il a pour lui quelques succès obtenus par différents médecins ; mais ses résultats sont inconstants. Le deuxième, d'autre part, est d'une exécution si facile qu'il peut toujours être tenté, ne serait-ce que pour paraître agir et pour calmer l'impatience du malade.

Mais, toutes les fois qu'on le jugera possible, de par la localisation ou la profondeur du parasite, il faudra aller directement à sa recherche. On épar-

gnera ainsi du temps et on évitera les complications infectieuses qui pourraient survenir. Enfin, si ce procédé chirurgical n'est pas praticable, ou que le malade s'y oppose, ou si les traitements précédents ont échoué, on en sera réduit à la vieille méthode d'enroulement, pratiquée avec beaucoup de douceur, telle qu'elle est en usage chez les indigènes des pays endémiques.

Vu : Le Président de la thèse,
TERRIER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Plutarque. — Συμποσιον Livre VIII, p. 424. Traduction d'Amyot.

Galien. — De locis affectis. lib. VI, cap. 3.

Chardin. — Voyages en Perse et autres lieux d'Orient. Amsterdam, 1711, t. III, p. 151.

De Marchais. — Voyage en Guinée. Paris, 1725, t. II, p. 136.

Gallandat. — Lettre sur le Dragonneau ou Veine de Médine et sur l'usage du sublimé corrosif dans cette maladie. Journ. de Méd., t. VII, p. 24, 1760.

Clot-Bey. — Aperçu sur le ver dragonneau observé en Egypte. (Marseille. Arch. gén. de méd., t. VI, p. 472, 1844).

Maisonneuve (J.-G.). — Note sur un dragonneau observé à Paris et présenté à la Soc. de chirurgie, (Arch. gén. de méd., t. VI, p. 472, 1844).

Robin (Ch.). — Filaire de Médine extraite par M. Malgaigne de la jambe d'un homme le 13 juill. 1854 (Compte rendu de la Soc. de Biol. t. II, p. 35, 1855).

Picipio. — Dragonneaux au nombre de 7 développés dans les membres inférieurs et s'étant manifestés après une incubation de 8 mois (Gaz. méd. d'Orient, t. II, p. 5, 1858).

Cezelly. — Observation sur le Dragonneau ou Ver de Médine. Th. de Paris, nº 203, 1858.

Benoit. — Du Dragonneau ou Filaire de Médine (Montpellier médical, t. II, 1859, p. 518).

Stambolski. — Du Ver de Médine (Union méd. d'Orient Constantinople, t. V, p. 58, 1879).

Beneden (P.-J.. v.). — Note sur le ver de Médine (Bull. Acad. roy. Belg., t. XVI, 1863, p. 3.

Joubert. — Remarques sur le Dragonneau (Th., de Montpellier, 1864).

Guyon. — Sur le Dragonneau ou Ver de Médine (Compte rendu Acad. Sc., t. LXI, 1865, p, 475.

Fédschenko. — Sur la structure et la multiplication de la filaire. Proc. verb. des séances de la Soc. imp. des amis des sciences natur., t. VIII, p. 51, 1874 (en Russe). Id. Sur les parasites de l'homme rencontrés en Turkestan (Journal du Turkestan. nos 1 et 2, 1872.

Silva Lima (da). — De la Filaire de Médine ou Ver de Guinée rencontrée à l'état endémique dans la province de Bahia et de son introduction dans le corps humain par de l'eau de boisson (Arch. de Méd. Nav., t. XXV, p. 395, 1881).

Carbonnel. — De la mortalité actuelle au Sénégal et particulièrement à Saint-Louis (Th. de Paris, 1883, p. 26).

Fahmy Ahmed. — Contribution à l'étude du Dragonneau observé sur les Nubiens des régiments nègres du Caire (Th. de Paris, 1885).

Lafage. — Cinq filaires de Médine sur un même sujet (Gaz. Méd. de Paris, p. 173, 1886).

Le Fort. — Sur un cas de filaire de Médine (Bull. de l'Acad. de méd. XVI, p. 22, 1886).

Carpot. — Considération sur les parasites pénétrants de la peau dans les pays chauds et particulièrement au Sénégal (Th. de Bordeaux, nº 23, 1886).

Lota. — Deux ans entre Sénégal et Niger. Contr. à l'étude de la géographie médicale du Soudan français (Th. de Paris, 1887).

Raillet. — De l'occurrence de la Filaire de Médine chez les animaux. Bull. Soc. zool. de France, t. XIV, p. 73, 1889.

Emily. — Un nouveau traitement du Ver de Médine (Arch. Méd. Navale, 1894. p. 460).

Perrin. — Filaire de Médine (Ann. de dermat. et de syphiligraphie. Paris 1896, 1315-1318.

Durante. — Filaire de Médine et Lépreux du Turkestan. Bull. Soc. anat. de Paris, 1897, p. 808.

Marchoux. — Du mode de transmission du Dragonneau, XIIIe congrès internat. de méd. Section de bactériologie et et de parasitologie, Paris, 1901. (Compte-rendu 95-96).

Chupin et Gandar. — Ver de Guinée. Arthrite suppurée du genou. Septicémie. Guérison (Arch. de Méd. et de Pharm. milit., Paris, 1900 (53-62), XXXV).

Moniez. — Parasites animaux et végétaux, 1896.

Blanchard. — Zoologie médicale, t. II.

Bouchard. — Traité de Pathologie générale (Art. Blanchard).

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie (Art. Dr A. Broca), t. I.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie (Art. J.-L. Faure), t. I.

Béclère. — Nouveau traitement de la filaire de Médine. Revue Médic., Paris, 1904.

Renon. — Le Ver de Guinée. Arch. méd. d'Angers, 1903.

Neveu-Lemaire. — Parasitologie animale, 1904. P. 116.

Roquemaure. — Nouvelle méthode d'extirpation rapide du Ver de Guinée. Ann. d'hyg. et de méd. colon., Paris, 1903.

Patrick Manson. — Maladies des Pays Chauds, 1904.

Janselme. — Cours de Pathologie exotique (Leçons recueillies par Trémollières (Institut de Méd. colon., 1905).

Le Dantec. — Maladies exotiques, 1905.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE